



Solicitud

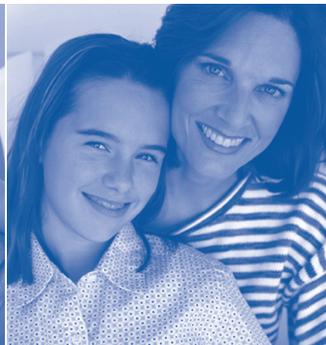
Seguro Médico Healthy Kids o cobertura médica para mujeres embarazadas

El seguro médico Healthy Kids es un plan de seguro médico y dental para niños menores de 19 años. Es posible que algunas familias tengan que pagar cuotas y copagos.

La cobertura médica para mujeres embarazadas es un seguro médico gratuito para mujeres embarazadas de cualquier edad. También cubre la atención dental para mujeres embarazadas menores de 21 años.

Díganos quién es usted y dónde vive.

Nombre:	Inicial:	Apellido:	Nº de Seguro Social <i>(debe contestar esto si solicita por usted misma):</i>	
Teléfono de su trabajo:	Teléfono de su casa:	Teléfono celular:		
Dirección (no apartados postales):	Nº de Apt.:	Ciudad:	Estado:	C.P.:
Dirección postal (si no es la misma que su domicilio):		Ciudad:	Estado:	C.P.:
¿Alguna vez ha usado nombres diferentes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, por favor anótelos:</i>			Idioma que habla en casa:	



¿Necesita ayuda?

Llame al **1-877-464-2447**. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita. **TDD:** 1-800-735-2964

Díganos sobre cada uno de los niños menores de 19 años que viven con usted.

**Niño
1**

Nombre: Inicial: Apellido:		Nº de Seguro Social <i>(sólo si solicita cobertura médica):</i>
Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año):</small>	Este niño es: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	¿Este niño es estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es la raza u origen étnico de este niño? <i>(no tiene que responder esta pregunta):</i> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Otro <i>(por favor díganos)</i>		
¿Solicita usted por este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE.UU.? <i>(Sólo conteste si solicita por este niño):</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño necesita atención médica especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anote a los padres, padrastros o tutores del niño que vivan en su hogar.		
1. Nombre de la <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutora legal		Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año):</small>
2. Nombre del <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor legal		Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año):</small>

**Niño
2**

Nombre: Inicial: Apellido:		Nº de Seguro Social <i>(sólo si solicita cobertura médica):</i>
Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año):</small>	Este niño es: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	¿Este niño es estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es la raza u origen étnico de este niño? <i>(no tiene que responder esta pregunta):</i> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Otro <i>(por favor díganos)</i>		
¿Solicita usted por este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE.UU.? <i>(Sólo conteste si solicita por este niño):</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño necesita atención médica especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anote a los padres, padrastros o tutores del niño que vivan en su hogar.		
1. Nombre de la <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutora legal		Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año):</small>
2. Nombre del <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor legal		Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año):</small>

**Niño
3**

Nombre: Inicial: Apellido:		Nº de Seguro Social <i>(sólo si solicita cobertura médica):</i>
Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año):</small>	Este niño es: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	¿Este niño es estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es la raza u origen étnico de este niño? <i>(no tiene que responder esta pregunta):</i> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Otro <i>(por favor díganos)</i>		
¿Solicita usted por este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE.UU.? <i>(Sólo conteste si solicita por este niño):</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño necesita atención médica especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anote a los padres, padrastros o tutores del niño que vivan en su hogar.		
1. Nombre de la <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutora legal		Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año):</small>
2. Nombre del <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastro <input type="checkbox"/> Tutor legal		Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año):</small>

¿Necesita ayuda?

Llame al **1-877-464-2447**. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita. **TDD:** 1-800-735-2964

**Niño
4**

Nombre: Inicial: Apellido:		Nº de Seguro Social <i>(sólo si solicita cobertura médica):</i>
Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año)</small>	Este niño es: <input type="checkbox"/> Hombre <input type="checkbox"/> Mujer	¿Este niño es estudiante? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
¿Cuál es la raza u origen étnico de este niño? <i>(no tiene que responder esta pregunta):</i> <input type="checkbox"/> Indio americano o nativo de Alaska <input type="checkbox"/> Nativo de Hawai/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiático <input type="checkbox"/> Negro o afroamericano <input type="checkbox"/> Blanco <input type="checkbox"/> Hispano o latino <input type="checkbox"/> Ni hispano ni latino <input type="checkbox"/> Otro <i>(por favor díganos)</i>		
¿Solicita usted por este niño? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Es ciudadano de EE.UU.? <i>(Sólo conteste si solicita por este niño):</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿El niño necesita atención médica especial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No
Anote a los padres, padrastros o tutores del niño que vivan en su hogar.		
1. Nombre de la <input type="checkbox"/> Madre <input type="checkbox"/> Madrastra <input type="checkbox"/> Tutora legal		Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año):</small>
2. Nombre del <input type="checkbox"/> Padre <input type="checkbox"/> Padrastra <input type="checkbox"/> Tutor legal		Fecha de nacimiento <small>(mes/día/año):</small>

Díganos sobre el seguro médico, incluyendo Medicaid o Healthy Kids.

¿Alguno de los solicitantes de cobertura médica tiene seguro médico ahora? **Sí** **No**
 ¿Alguien ha tenido seguro médico en los últimos 6 meses? **Sí** **No** *Si es **sí** en alguna pregunta, responda más abajo.*

Nombre de la primera persona con seguro ahora o en los últimos 6 meses:	Aseguradora:	
Número de póliza o de grupo:	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de terminación de cobertura:
Nombre de la siguiente persona con seguro:	Aseguradora:	
Número de póliza o de grupo:	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de terminación de cobertura:
Nombre de la siguiente persona con seguro:	Aseguradora:	
Número de póliza o de grupo:	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de terminación de cobertura:
Nombre de la siguiente persona con seguro:	Aseguradora:	
Número de póliza o de grupo:	Nombre del titular de la póliza:	Fecha de terminación de cobertura:

Sólo para mujeres embarazadas

¿Está embarazada alguna de las solicitantes? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nombre: Inicial: Apellido:
Si es sí ¿la mujer embarazada quiere cobertura médica? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	Nº de Seguro Social <i>(sólo si solicita cobertura médica):</i>
¿Es ciudadana de EE.UU.? <i>(sólo si solicita cobertura médica):</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es no ¿cuál es su situación migratoria?</i>	¿Cuál es la raza u origen étnico de esta mujer? <i>(no tiene que responder esta pregunta):</i> <input type="checkbox"/> India americana o nativa de Alaska <input type="checkbox"/> Nativa de Hawai/otras islas del Pacífico <input type="checkbox"/> Asiática <input type="checkbox"/> Negra o afroamericana <input type="checkbox"/> Hispana o latina <input type="checkbox"/> Ni hispana ni latina <input type="checkbox"/> Blanca <input type="checkbox"/> Otro <i>(por favor díganos)</i>
¿Esta mujer tiene menos de 21 años y vive con sus padres? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No <i>Si es sí, anote a sus padres y sus ingresos en la P. 4</i>	¿Esta mujer es casada? <i>(sólo si solicita cobertura médica):</i> <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí ¿cómo se llama su esposo? <i>Si su esposo vive en el hogar, anote sus ingresos en la página 4, bajo "Padre 2"</i>

¿Necesita ayuda?

Llame al **1-877-464-2447**. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita. **TDD:** 1-800-735-2964

Díganos sobre todos los ingresos de cada uno de los padres o padrastos que vivan en el hogar.

**Padre
1**

Nombre del primer padre o padrastro :		¿Esta persona trabaja por su cuenta ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, nombre del negocio
¿Esta persona tiene ingresos de un trabajo ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es no , ¿Cuándo fue su último día de trabajo? Nombre del patrón Si es sí , conteste más abajo.		
Trabajo 1: Nombre del patrón:		Teléfono del patrón:
¿Qué tan seguido? <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 1 vez al mes		¿Cuánto gana en cada período de paga, antes de impuestos y otras deducciones?
Trabajo 2: Nombre del patrón:		Teléfono del patrón:
¿Qué tan seguido? <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 1 vez al mes		¿Cuánto gana en cada período de paga, antes de impuestos y otras deducciones?

**Padre
2**

Nombre del segundo padre o padrastro :		¿Esta persona trabaja por su cuenta ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es sí, nombre del negocio
¿Esta persona tiene ingresos de un trabajo ? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No Si es no , ¿Cuándo fue su último día de trabajo? Nombre del patrón Si es sí , conteste más abajo.		
Trabajo 1: Nombre del patrón:		Teléfono del patrón:
¿Qué tan seguido? <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 1 vez al mes		¿Cuánto gana en cada período de paga, antes de impuestos y otras deducciones?
Trabajo 2: Nombre del patrón:		Teléfono del patrón:
¿Qué tan seguido? <input type="checkbox"/> Cada semana <input type="checkbox"/> 2 veces al mes <input type="checkbox"/> Cada 2 semanas <input type="checkbox"/> 1 vez al mes		¿Cuánto gana en cada período de paga, antes de impuestos y otras deducciones?

Díganos sobre todos los demás ingresos.

¿Manutención infantil? Sí No

Si es sí, nombre del **primer niño** ¿Cuánto?

¿Qué tan seguido? Cada semana Cada 2 semanas 2 veces al mes 1 vez al mes

Nombre del **segundo niño** ¿Cuánto?

¿Qué tan seguido? Cada semana Cada 2 semanas 2 veces al mes 1 vez al mes

Nombre del **tercer niño** ¿Cuánto?

¿Qué tan seguido? Cada semana Cada 2 semanas 2 veces al mes 1 vez al mes

Nombre del **cuarto niño** ¿Cuánto?

¿Qué tan seguido? Cada semana Cada 2 semanas 2 veces al mes 1 vez al mes

¿Pensión alimenticia? Sí No Si es sí ¿quién la recibe? ¿Cuánto?

¿Qué tan seguido? Cada semana Cada 2 semanas 2 veces al mes 1 vez al mes

¿Necesita ayuda?

Llame al **1-877-464-2447**. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita. **TDD:** 1-800-735-2964

Díganos sobre todos los demás ingresos.

¿Beneficios de desempleo? Sí No Si es sí ¿quién los recibe?..... ¿Cuánto?.....
¿Qué tan seguido? Cada semana Cada 2 semanas 2 veces al mes 1 vez al mes

¿Seguro Social? Sí No

Si es sí, nombre de la **primera persona** que los recibe ¿Cuánto?.....

Nombre de la **segunda persona** ¿Cuánto?.....

Nombre de la **tercera persona** ¿Cuánto?.....

Nombre de la **cuarta persona** ¿Cuánto?.....

¿Otros ingresos? Sí No Si es sí ¿de qué tipo?.....

¿Quién los recibe?..... ¿Cuánto?.....

¿Qué tan seguido? Cada semana Cada 2 semanas 2 veces al mes 1 vez al mes

Díganos sobre todos los gastos de cuidado infantil o de adultos.

¿Usted paga a alguna persona por cuidar, en su hogar, a un niño o a un adulto que requiera atención, para que usted pueda trabajar? Sí No Si es sí, díganos sobre ellos:

Primera persona: Nombre del niño o adulto	Edad	¿A tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿A tiempo parcial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto paga por esta persona semanalmente?
Siguiente persona: Nombre del niño o adulto	Edad	¿A tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿A tiempo parcial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto paga por esta persona semanalmente?
Siguiente persona: Nombre del niño o adulto	Edad	¿A tiempo completo? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No ¿A tiempo parcial? <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> No	¿Cuánto paga por esta persona semanalmente?

Díganos sobre todos los gastos ordenados por un juez que usted pague.

¿Alguna persona de su hogar tiene gastos ordenados por un juez? Sí No Si es sí, díganos sobre ellos:

¿Manutención infantil? Sí No

Si es **sí** ¿quién la paga? ¿Cuánto cada mes?

¿Pensión alimenticia? Sí No

Si es **sí** ¿quién la paga? ¿Cuánto cada mes?

¿Embargo de sueldo? Sí No

Si es **sí** ¿quién lo paga? ¿Cuánto cada mes?

¿Otro? Sí No Si es **sí** ¿de qué tipo?

Si es **sí** ¿quién lo paga? ¿Cuánto cada mes?

Díganos si quiere ayuda para cubrir facturas médicas sin pagar.

Las mujeres embarazadas y algunos niños pueden reunir los requisitos para la ayuda para cubrir algunas facturas médicas o dentales sin pagar. Si usted recibió algún servicio en los últimos **90 días antes de la fecha de esta solicitud**, usted puede solicitar esta cobertura.

¿Quiere solicitarla ahora? Sí No Si es **sí**, marque la casilla que muestre de cuándo tiene facturas sin pagar.

1 a 30 días 31 a 60 días 61 a 90 días **Necesitará pruebas de ingresos para las fechas que marque.**

¿Necesita ayuda?

Llame al **1-877-464-2447**. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita. **TDD:** 1-800-735-2964

Lea la declaración de más abajo y firme hasta abajo de la página.

Cuando firme con mi nombre, significará que:

- Sé que debo avisar al Departamento de salud y servicios humanos (Department of Health and Human Services) (el Departamento) de todos los cambios en mi hogar a más tardar 10 días después del cambio. Por ejemplo, debo avisar de mi dirección nueva, si me mudo; de cualquier cambio en ingresos y cualquier cambio en el número de personas que viven en la casa.
- Hasta donde sé, toda la información que di en esta solicitud es verdadera.
- Sé que debo dar pruebas de la información de esta solicitud.
- Sé que el Departamento puede llamar a otras personas u organizaciones para verificar las pruebas que envié o para obtener otras pruebas. El Departamento no tiene que pedirme permiso para hacerlo.
- Sé que si doy información falsa o no doy toda la información que pide el Departamento, ahora o en el futuro, puedo perder la cobertura médica y el Departamento puede tomar medidas legales en mi contra.
- Sé que si yo o mis hijos están en Healthy Kids Gold o en Cobertura médica para mujeres embarazadas, debo asignar al Departamento todos los derechos a recibir pagos médicos y pagos de respaldo médico. También es posible que tenga que devolver dinero por pagos médicos y respaldo médico, pagados por alguna otra persona.
- Doy a mis proveedores médicos o a los proveedores médicos de mis hijos permiso para que divulguen cualquier expediente médico o dental al Departamento, si es necesario.
- Sé que si mis hijos solicitan Healthy Kids Gold o yo solicito Cobertura médica para mujeres embarazadas, debemos dar nuestros números de Seguro Social.
- Cuando digo que algún solicitante es ciudadano de EE.UU., es porque es la verdad. Sé que posiblemente tenga que probar la ciudadanía e identidad de esa persona.
- Sé que tengo que reunir los requisitos para Healthy Kids o para la Cobertura médica para mujeres embarazadas cada año. Debo llenar y devolver una solicitud de renovación cada año.
- Sé que cuando solicite de nuevo, tendré que enviar más pruebas, tales como pruebas de ingresos. Sé que si no envío pruebas, terminará mi cobertura (o la cobertura de mis hijos).

Firma de la solicitante o su representante _____ Fecha: _____

Díganos cómo se enteró de Healthy Kids.

Me enteré del Seguro médico Healthy Kids o de la Cobertura médica para mujeres embarazadas a través de:

- Consultor médico Escuela Radio, TV o periódico Amigo o familiar Hospital
- Otro (por favor díganos)

Números del Seguro Social

La ley indica que debemos pedir los números del Seguro Social a las mujeres embarazadas y algunos niños que quieran cobertura médica. Si usted pregunta, podemos decirle de quienes son los números de SS que debemos tener.

- Si alguna persona que solicite cobertura se niega a dar su N° de SS, ello no cambiará nada para las demás personas anotadas en esta solicitud.
- Si usted no puede o no quiere dar el N° de SS de alguna persona de la solicitud que NO esté solicitando cobertura, no cambiará nada para las demás personas anotadas en esta solicitud.

(La ley aplicable es: Sección 1137 de la Ley del Seguro Social)

Ciudadanía e identidad

La ley indica que debemos preguntar sobre la ciudadanía de EE.UU. e identidad o situación migratoria de cada niño o mujer embarazada que quiera cobertura médica. Las mujeres embarazadas y algunos niños también deben dar pruebas de ciudadanía e identidad o situación migratoria. Los adultos que no quieran cobertura médica no tienen que decirnos su situación.

Si solicita Healthy Kids o Cobertura médica para mujeres embarazadas no afectará su situación migratoria.

Ingresos

Se debe informar de los ingresos de los niños. Los adultos tendrán que dar sus ingresos si:

- Es padre o padrastro que vive con un niño que quiera cobertura médica.
- Está casado y vive con la mujer embarazada que quiera cobertura médica.

Sus derechos

La ley indica que no podemos tratarlo de manera diferente (discriminar en su contra) por motivo de su raza, edad, color, credo, sexo, origen nacional, estado civil, discapacidad o creencias políticas. Si le parece que hemos discriminado en su contra, llame al Controlador, Departamento de salud y servicios humanos de New Hampshire, al (603) 271-4963 ó 1-800-852-3345 Ext. 4963. TDD: 1-800-735-2964. O escriba una carta al Controlador, a 129 Pleasant Street, Concord, NH 03301. No podemos tratarlo de manera diferente porque usted llame o escriba.

Si le parece que el Departamento de salud y servicios humanos cometió un error, usted puede pedir una audiencia. Para pedirla, llame a la Oficina de distrito del DHHS o a la Oficina de apelaciones administrativas al (603) 271-4292 ó 1-800-852-3345, ext. 4292 (TDD: 1-800-735-2964). También puede pedir una audiencia por carta. Llame para pedir la dirección.

Sólo para asistentes de solicitudes

¿Hay la presunción de que alguien de esta solicitud reúna los requisitos de afiliación?

Sí No *Si es **sí**, díganos el nombre de la persona:* _____

Fecha de presunción de requisitos de afiliación: _____

Llene lo siguiente si ayudó con el proceso de solicitud

Certifico que he explicado completamente al solicitante la información de esta página. Si he determinado que alguna persona tenga la presunción de reunir los requisitos, certifico que:

- He sido capacitado por el DHHS para tomar esta determinación.
- La persona reúne los requisitos de acuerdo con la información que se me ha proporcionado.
- He anotado más arriba la fecha inicial de requisitos de afiliación.

El Número de proveedor más abajo certifica que mi agencia ha sido autorizada para ayudar con el proceso de solicitud.

Firma del asistente de solicitudes _____ Número de proveedor _____

Agencia _____ Fecha _____

¿Necesita ayuda?

Llame al **1-877-464-2447**. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita. **TDD:** 1-800-735-2964

Lea esta lista y envíe copias de las pruebas con su solicitud. Si usted no envía todas las pruebas, no podremos tomar medidas sobre su solicitud.

Pruebas de ingresos familiares

Envíe prueba de ingresos de:

- Cada niño solicitante
- Los padres que viven con esos niños
- Cada mujer embarazada solicitante
- El esposo de la mujer embarazada, si vive con ella
- Los padres de las mujeres embarazadas menores de 21 años, si viven con ella

Si la persona tiene un salario o le pagan por horas:

- Envíe copias de talones de pago de las últimas 4 semanas o
- Envíe una carta del patrón, en papel membretado, que indique las horas trabajadas y el salario bruto de la persona, de las últimas 4 semanas.

Si la persona trabaja por su cuenta:

- Envíe la declaración de impuestos por ingresos más reciente, con todas las páginas o
- Envíe el estado de ganancias y pérdidas más reciente, firmado y fechado si tiene menos de un año en operaciones.

Otros ingresos:

- Envíe la declaración de impuestos por ingresos más reciente, recibos u otras pruebas que muestren ingresos por rentas, derechos de autor, huéspedes o cualquier otro tipo de ingresos
- Envíe una copia de una carta, estado de cuenta bancario o talón de cheque que indique la cantidad de cualquier beneficio, como Seguro Social, Desempleo, Pensión alimenticia, Administración de veteranos, Compensación laboral

Pruebas de residencia en New Hampshire

Envíe una copia de **UNO** de lo siguiente, que muestre su domicilio (no apartados postales), por ejemplo:

- Un contrato o recibo de renta
- Una factura de electricidad, cable, combustible para calefacción o de teléfono
- Una factura de impuestos de propiedad
- El registro vigente de algún vehículo de motor

Si no tiene una dirección permanente, aún así puede obtener cobertura. Por favor llame al 1-877-464-2447 para pedir ayuda.

Pruebas de gastos

Manutención infantil o respaldo conyugal ordenado por un juez:

- Envíe una copia de la orden del juez firmada o
- Envíe una carta del juez o de su abogado, diciendo que usted tiene la orden de respaldo y de cuánto es.

Pruebas de embarazo

Envíe una carta o formulario médico, firmada por un médico u otro practicante médico autorizado diciendo que usted está embarazada y que indique la fecha esperada del parto y el número de bebés esperados.

Pruebas de Seguro médico

Si cualquier niño o mujer embarazada tiene seguro ahora o ha estado asegurado en los seis meses anteriores, por favor envíe:

- Una carta diciendo cuándo terminó la cobertura o
- Algún papel oficial de la compañía aseguradora que muestre el número de póliza, el nombre del titular de la póliza, quién está cubierto y por cuánto tiempo está cubierto o
- Una copia de la tarjeta de seguros vigente

Pruebas de ciudadanía e identidad o situación migratoria

Envíe una copia de **UNO** de lo siguiente para cada solicitante, para probar su ciudadanía e identificación al mismo tiempo.

- Un pasaporte de EE.UU.
- Un certificado de naturalización de EE.UU.
- Un certificado de ciudadanía de EE.UU.

Si usted **no** tiene alguna de las cosas de la lista de más arriba, por favor incluya algún artículo de la lista A y uno de la lista B:

Lista A

- Un certificado de nacimiento de EE.UU.
- Una tarjeta de identidad de ciudadano de EE.UU.
- Un decreto final de adopción
- Un expediente militar oficial
- Un expediente hospitalario en el papel membretado del hospital, establecido al momento del nacimiento de la persona, que indique el lugar de nacimiento dentro de los EE.UU.

Lista B

- Una licencia de conducir
- Una tarjeta de identificación escolar o militar con foto
- Un expediente escolar, de guardería infantil o casa de cuna, que muestre fecha, lugar de nacimiento, nombre de los padres y el nombre y dirección de la escuela
- Una tarjeta de identificación estatal (no una licencia de conducir).

Nosotros no preguntamos a los Servicios de ciudadanía e inmigración de EE.UU. sobre la ciudadanía de las personas de esta solicitud, a menos que soliciten beneficios.

IMPORTANTE: Por favor no envíe documentos originales. ¡Solo envíe copias!

H Envíe por correo su solicitud y todas las pruebas a NH Healthy Kids Corporation, 25 Hall Street Suite 302, Concord NH 03301. Use el sobre que llegó con esta solicitud.

¿Necesita ayuda?

Llame al **1-877-464-2447**. Usted puede llamar de lunes a viernes de 8:00 a.m. a 4:30 p.m. La llamada es gratuita. **TDD:** 1-800-735-2964